



団運営研修所申込書

_____ 第 _____ 期 _____ 年 _____ 月 _____ 日申込

[期間] 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 [場所] _____

ふりがな 氏名	-----	性別	男・女	写真貼付 たて×よこ 3.5cm×2.5cm 上半身のもの
住所	(〒 _____) 電話 _____ FAX _____			
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳 _____ 月)			
所属	_____ 連盟 (_____ 地区) _____ 第 _____ 団 _____ 隊 役務 _____			
登録番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	地区・県連盟役務		
指導者講習会	開設県連盟 (地区) _____	修了年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
ウッドバッジ研修所 (該当者は必ず記入)	_____ 課程 _____ 第 _____ 期 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 所長名 _____ _____ 課程 _____ 第 _____ 期 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 所長名 _____			
ウッドバッジ実修所 (該当者は必ず記入)	_____ 課程 第 _____ 期 (修了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日、パートナー No. _____)			
その他の研修	※上記他の研修所・実修所等「定型訓練」への参加がありましたら、全て記入ください。			
奉仕歴 (過去5年間における団・地区・県連盟等の役職と奉仕年月)	事務上の連絡先	※確実に連絡のとれる電話番号(自宅・勤務先・携帯電話)、メールアドレス等ご記入ください。		
	団委員長の同意	Ⓜ		
	地区コミッショナーの推薦	Ⓜ		
	県連盟コミッショナーの推薦	Ⓜ		

※ ご記入いただいた内容は、公益財団法人ボーイスカウト日本連盟または所属県連盟において参加申込をいただいた皆様の参加者選考と参加決定後の連絡や名簿作成等を目的として使用させていただきます。個人情報の保全・安全管理につきましては、個人情報保護法に基づき万全を期します。

健 康 調 査 票

1. 基本訓練参加申込者（本人）が記入してください。
2. 以下の質問は活動期間中のあなたの健康状態の参考にさせていただきますので、できるだけ正確にお答えください。
3. 後に個別に健康状態を尋ねさせていただくことがあります。
4. 記載内容については一切他に公表しません。
5. 当該の訓練機関以外には使用いたしません。

身 長	c m	体 重	k g
-----	-----	-----	-----

I 現在、治療中の病気等がありますか ない・ある （以下記入ください） 高血圧・心臓病・喘息・肺疾患・糖尿病・肝臓病・胃腸病・腎臓病・血液疾患 感染症・腰のヘルニア・アレルギー（具体的に _____） その他（ _____ ）	
II この1年間、特に直近3ヶ月前後以内の健康状態について 1. きわめて調子は良かった 2. 特に問題はなかった 3. 病気はしたが休むほどではなかった 4. 病気のため休んだ → 病名 _____、その日数 _____ 日	
III 最近の体調について（ない、あるを○でかこむ） ※ 近い症状のものについては <u>ある</u> を選択してください	
・頭痛、頭重感はありませんか	ない・ある
・めまい、ふらつきはありませんか	ない・ある
・動悸はしませんか	ない・ある
・心臓がしめつけられるような感じは	ない・ある
・息苦しくなることはありませんか	ない・ある
・せき、たん、鼻水は出ませんか	ない・ある
・鼻血が出やすいですか	ない・ある
・口がひどく渇きませんか	ない・ある
・尿の回数は多くないですか	ない・ある
・顔や脚にむくみはありませんか	ない・ある
・十分に眠れないことがありますか	ない・ある
・現在ケガはありませんか	ない・ある
・吐き気や吐くことはありませんか	ない・ある
・腹が痛むことはありませんか	ない・ある
・下痢をしやすいですか	ない・ある
・便秘をしやすいですか	ない・ある
・腰痛や背部痛はありませんか	ない・ある
・関節に痛みはありませんか	ない・ある
・身体がだるくありませんか	ない・ある
・少しの作業でも疲れませんか	ない・ある
・不安感やイライラ感は	ない・ある
・気を失ったことはありませんか	ない・ある
IV 特に医師から注意を受けていることがあればお書きください	
V 上記以外に不安なことや特記することがあればお書きください	

期間中の緊急連絡先	氏名（参加者との続柄） （ _____ ）	日 中	
		夜 間	
		携帯電話	

年 月 日 本人署名 _____